

Solicito reconocimiento de gastos realizados, en virtud a lo dispuesto por la Resolución Nro. 05/11. Asimismo informo que los datos consignados en el formulario son veraces y revisten el carácter de Declaración Jurada.

## • Datos personales del Titular (por favor completar en letra clara)

Apellido  Nombre

Sexo  D.N.I. N°  Fecha de Nacimiento

Estado civil  Legajo  Dependencia

Domicilio Calle  N°  Piso  Depto.

C.P.  Barrio  Localidad  Provincia

Teléfono  Email

¿Acredita otra actividad laboral?  SI  NO de ser SI que otra/s Obra Social lo cubre .....

## • Datos personales del familiar (no siendo el titular el beneficiario)

Apellido  Nombre

Parentesco  D.N.I. N°  Fecha de Nacimiento  Edad

Apellido  Nombre

Parentesco  D.N.I. N°  Fecha de Nacimiento  Edad

## • Causas que motivan el pedido

.....

.....

IMPORTE SOLICITADO: \$ ..... ( PESOS ..... )

## • Informe Auditor Médico Central

.....

¿ En conformidad?  SI  NO

.....  
Firma y sello del profesional Auditor Médico

## • Reservado para la repartición

Certifico que los datos consignados son exactos. Que ha percibido en forma regular hasta el ..... / ..... / .....

## • Datos de la persona autorizada a recibir la compensación de gastos, si lo hubiere

Por la presente autorizo a recibir el pago a:

Apellido  Nombre  D.N.I. N°

.....  
Lugar y Fecha

.....  
Firma del afiliado

.....  
Aclaración